



# SAINT MARCEAU ORLÉANS TENNIS DE TABLE

Salle Harismendy, 8 Avenue Alain Savary, 45100 Orléans

[stmarceau.tt@free.fr](mailto:stmarceau.tt@free.fr) Tel : 02.38.51.91.60

## INSCRIPTION SAISON 2018-2019

Nom, prénom de l'adhérent \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe: ☐ F ☐ M N° de licence: \_\_\_\_\_

Nom, Prénom du responsable (si adhérent mineur) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_, Portable : 06-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_, Tél professionnel : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**EMAIL :** \_\_\_\_\_

*Les informations Club sont communiquées uniquement par mail ou sur le site <http://stmarceautt.fr>*

Profession Adhérent : \_\_\_\_\_ Profession Conjoint : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ ☐ J'ai fourni un certificat médical

### **Cotisation : adhésion au Club + licence + l'assurance obligatoire option 1**

Adhésion		
<input type="checkbox"/> Adhésion tout âge (formule de base)	120 €	.....€
<input type="checkbox"/> Avec compétitions	+ 30 €	.....€
<input type="checkbox"/> Critérium Fédéral adulte	+ 40 €	.....€
Options		
<input type="checkbox"/> Je souhaite l'assurance complémentaire (cf verso)	20 €	.....€
<input type="checkbox"/> Tee-shirt du Club taille XS au XXXL à définir	22 €	.....€
<b>TOTAL</b>		.....€

☐ A l'occasion, je pourrais me rendre disponible pour aider bénévolement le Club

*Ouverture de la salle, buvette, réparation du matériel, événement exceptionnel...*

☐ Je n'autorise pas le club à utiliser pour sa communication (interne, externe et internet) les photos et les images prises dans le cadre de ses activités.

☐ Je n'autorise pas le club à communiquer mon email à la FFTT, au Comité et à Wack Sport.

**Orléans, le**

Signature de l'adhérent ou Signature du responsable légal

Paiement joint à l'inscription :

☐ en chèque bancaire ☐ en chèques vacances ☐ en espèces

**Verso à compléter →**

### 1) Option assurance complémentaire facultative

COVEA RISKS garantit l'ensemble des licenciés de la FFTT

Je déclare avoir pris connaissance :

- de l'extrait des conditions générales d'assurances proposées par la FFT, figurant sur le site web de la FFT à l'adresse [www.fft.com](http://www.fft.com), Rubrique "Administratif - Le contrat d'assurances" et déclare souscrire l'assurance de base.
- des garanties complémentaires (options Or, Argent et Bronze) ci-dessous. Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FFT à l'adresse [www.fft.com](http://www.fft.com), rubrique "Administratif - Le contrat d'assurances". Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre Comité, votre ligue ou de la FFT.

Tarifs des garanties complémentaires			
Montant des capitaux complémentaires venant s'ajouter à ceux du contrat de base (âge limite à 70 ans pour les garanties décès-invalidité)			
	BRONZE	ARGENT	OR
<b>Capitaux décès</b>	7 600 €	15 300 €	23 000 €
<b>Capitaux invalidité</b> en cas d'accidents corporels	15 300 €	30 500 €	46 000 €
<b>Indemnité journalière</b>			
Franchise 3 jours			
Durée maxi. 365 jours			
Age à partir de 16 ans et moins de 65 ans	NEANT	15 €	23 €
<b>Frais médicaux</b>			
			50% du régime conventionné de la SS
Cotisations complémentaires TTC	8 €	13 €	20 €

**Je reconnais avoir pris connaissance de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire à celle accordée obligatoirement par la licence FFTT.**

- ☐ Je souhaite souscrire une assurance complémentaire
- ☐ Je ne souhaite pas souscrire d'assurance complémentaire

**Signature obligatoire du titulaire ou représentant légal :**

## 2) Certificat médical

**à remplir par le médecin ou joindre un certificat médical séparé**

**Je soussigné(e),**

**Docteur :**

**N° ordre (ADELI) :**

**Certifie avoir examiné M**

**et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du Tennis de Table.**

**Fait à**

le

**Cachet et signature du médecin :**

<b>Certification médicale (mention obligatoire*)</b>	<input type="checkbox"/> J'ai fourni la saison dernière un certificat médical. Celui-ci a moins de trois ans à la date de cette demande et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu « Non » à toutes les questions du questionnaire médical (17-10)
	<input type="checkbox"/> Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé (17-9)
	<input type="checkbox"/> Je ne joins pas de certificat médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

\*Vous devez cocher obligatoirement une des 3 cases et une seule

